

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

6to Semestre

Grupo "B"

GERIATRÍA

02/05/2021

DR. JOSE ARMANDO NÁJERA CALVO

Presenta:

- ROMINA CORONADO ARGUELLO



INTRODUCCIÓN

Para hablar sobre los trastornos cardiovasculares que se dan en los pacientes geriátricos, empezaré hablando sobre qué es el envejecimiento.

El envejecimiento, se caracteriza por la disminución de las funciones fisiológicas del organismo a través de una serie como lo son los cambios genéticos, moleculares, bioquímicos, histológicos y orgánicos que van a estar modulados por la influencia del medio ambiente y condiciones sociales, educacionales y económicas. Estos tipos de cambios llevan a una reducción de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas.

DESARROLLO

Las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento tienen los mismos mecanismos que el envejecimiento, entre ellas las enfermedades cardiovasculares (ECV) como hipertensión, cardiopatía isquémica, valvulopatías degenerativas, miocardiopatías, etc. Estas enfermedades y los síndromes geriátricos conducen a un envejecimiento precoz, que dificulta alcanzar la edad media estimada de un envejecimiento normal.

Como veremos más adelante es las siguientes hojas, las enfermedades cardiovasculares son las más comunes y letales a medida que avanza la edad; las alteraciones que no se encuentran en personas jóvenes y que son casi invariables en los individuos envejecidos pueden considerarse efecto del propio proceso de envejecimiento. Estos efectos varían de una persona a otra, algunos factores que determinan la intensidad de los cambios en corazón y vasos son la carga genética, estilo de vida como la dieta y actividad física principalmente y enfermedades crónicas. Con el envejecimiento ocurren muchos cambios.

Consultando algunas bibliografías se dice que la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en personas de edad geriátrica, más de 60% de los pacientes que han presentado un infarto del miocardio son mayores de 65 años, que es una causa común de hospitalización para este grupo de edad. Los cambios en el sistema de conducción y la comorbilidad como cardiopatía isquémica, trastornos electrolíticos y problemas de tiroides, hacen susceptible el corazón envejecido para presentar trastornos en el ritmo.

Las contracciones auriculares prematuras aumentan conforme avanza la edad llegando a registrarse hasta en más de 80% de personas aparentemente sanas mayores de 80 años, las arritmias ventriculares también se presentan con mayor frecuencia conforme aumenta la edad siendo reportadas en 60 a 90% de los

pacientes ambulatorios, atribuyéndose a la taquicardia ventricular hasta 50% de casos de muerte súbita. Al igual que la fibrilación auricular es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente y su prevalencia aumenta con la edad.

La estenosis aortica es la valvulopatía de mayor significado clínico en el proceso de la vejez ya que se encuentra presente en 2 a 9% de las personas mayores de 65 años y hasta 15 a 20% en los mayores de 80 años. Hasta 90% de las estenosis aórticas en ancianos se debe a una calcificación de una aorta trivalva asociada con aterosclerosis.

En general las patologías cardiovasculares expuestas previamente terminan casi invariablemente en una insuficiencia cardíaca inclusive en pacientes sin afecciones previas la función cardíaca disminuye importantemente conforme transcurren los años.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca como tal, es el estado terminal de la mayor parte de las cardiopatías crónicas, y es una causa frecuente de hospitalización en el área de geriatría, habitualmente las etiologías más frecuentes son la enfermedad coronaria y la hipertensión arterial. El principal síntoma de la IC en estos pacientes es la disnea, la cual puede acompañarse además de dolor precordial, insomnio, náuseas, confusión mental, anorexia y edema de extremidades inferiores. Es muy importante saber o conocer muy bien la dosificación de los fármacos antihipertensivos o al uso de betabloqueadores, ya que se debe ser muy cauteloso con el ajuste de dosis, ya que un exceso de terapia podría causar hipotensión con riesgo de episodios sincopales o caídas, los cuales implican consecuencias deletéreas en este grupo etario.

CARDIOPATÍA CORONARIA

Habitualmente el paciente anciano en la cardiopatía coronaria tiene síntomas inespecíficos como pueden ser la fatiga, cansancio, inestabilidad, mareo, dolor dorso-lumbar, epigastralgia, que suelen hacer más difícil el diagnóstico de esta patología. Por otra parte, la mortalidad de la enfermedad coronaria aumenta con la edad y los tratamientos de revascularización coronaria en este grupo etario, no están exentos de complicaciones como lo son un accidente cerebral, insuficiencia renal y respiratoria, fibrilación auricular, hospitalización prolongada y entre otros muchos más. Esto, sumado a que la adherencia a los tratamientos disminuye con la edad, ya que en este grupo etario se da con mucha frecuencia la polifarmacia y contribuye a que el manejo de estos pacientes sea de un comportamiento difícil.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La gran mayoría de los pacientes ancianos tiene hipertensión arterial especialmente HTA sistólica, y su control es muy importante dado que reduce significativamente la morbimortalidad. La prevalencia de esta patología es de aproximadamente 60% en los mayores de 65 años, y se asocia a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, síndrome aórtico agudo, insuficiencia renal y a una mayor mortalidad cardiovascular.

El tratamiento debe incluir medidas no farmacológicas, como reducción de la ingesta de sal, actividad física aeróbica, peso adecuado y suspensión del tabaco. Los fármacos que han demostrado beneficio son diuréticos en dosis bajas, betabloqueadores, inhibidores de enzima convertidora o antagonista de sus receptores y los bloqueadores del calcio, los medicamentos más usados en ancianos, incluyen al amlodipino, la indapamida en dosis bajas y/o inhibidores de enzima convertidora.

FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Es otra también una de las arritmias más frecuentes en el paciente anciano y una de las principales causas de accidente cerebro vascular. Se dice que un 35% de los pacientes con fibrilación auricular tienen más de 80 años. En este grupo etario puede ocurrir sin que necesariamente exista daño estructural cardíaco, y deberse a cambios anátomo-funcionales auriculares propios de la edad. generalmente se asocia a hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus, además de valvulopatía mitral. Refieren menos palpitaciones, pero más debilidad y cansancio, pese a que muchos episodios de FA son asintomáticos. A veces la FA es lenta, dando cuenta de mayor compromiso degenerativo del nódulo aurículo-ventricular del anciano.

Dos de los objetivos de esta patología es manejar la arritmia, ya sea reestableciendo el ritmo sinusal y/o controlar la frecuencia cardíaca para que la FA se mantenga con respuesta ventricular adecuada (estrategia de control de frecuencia cardíaca) y así mismo como el de prevenir embolías arteriales sistémicas. Los medicamentos más usados para la estrategia de control de frecuencia cardíaca son los betabloqueadores y la digoxina, esta última solo indicada si el paciente tiene además insuficiencia cardíaca con función sistólica deprimida.

ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

Esta patología es muy frecuente en el paciente anciano y su curso habitual es rápidamente progresivo una vez que se hace el diagnóstico y se inician los

síntomas. Los signos clínicos son como el pulso característico llamado *parvus et tardus*, son muchas veces más tenues, debido a los cambios que sufren los vasos.

Es una valvulopatía que tiene indicación de intervención, ya que de no corregirse, presenta muy mal pronóstico. Para esta patología la cirugía es el “gold estándar” para el tratamiento de la estenosis aórtica del anciano, el implante de prótesis por vía percutánea endovascular, es una opción de tratamiento muy atractiva, la que no está exenta de riesgos al igual que la cirugía.

ARRITMIAS VENTRICULARES

Son frecuentes en el anciano, y su prevalencia aumenta con la edad. Su tratamiento es similar a toda edad. En casos agudos de inestabilidad hemodinámica, definida como presencia de hipotensión arterial, mala perfusión distal, edema pulmonar agudo, compromiso de conciencia o angina, debe indicarse la cardioversión eléctrica. En caso contrario, puede emplearse el manejo farmacológico, pero en este grupo etario, debe considerarse el ajuste de dosis, determinado por la función hepática y renal del paciente. Los fármacos más usados en este grupo son los betabloqueadores y la amiodarona. Esta última mejora la calidad de vida, disminuyendo los episodios de arritmias, sin mejorar la mortalidad.

MARCAPASO

La indicación de marcapasos no varía de acuerdo a la edad del paciente. No obstante, en ancianos siempre se debe considerar la expectativa de vida, la fragilidad del paciente, evaluar si el dispositivo mejorará la calidad de vida, así como también considerar la opinión del paciente y su familia

MUERTE SÚBITA Y DESFIBRILADORES

La prevención de la muerte súbita en el paciente anciano, es uno de los desafíos clínicos que enfrenta la medicina actual. La indicación de medidas preventivas debe considerar tanto las recomendaciones de las guías clínicas, como también las comorbilidades del paciente, su expectativa de vida y el pronóstico individual.

Fármacos anti arrítmicos, ablación cardíaca y desfibriladores implantables son algunas de las opciones para su prevención. Mientras más invasiva la terapia, más difícil es la decisión, por el riesgo que la intervención misma implica y muchas veces por los costos involucrados.

CONCLUSIÓN

Como conclusión general es que los trastornos o las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en la población anciana y, en su mayoría, serían evitables si se aplicasen programas de medicina preventiva más eficientes.

Las diferentes formas de valorar el riesgo cardiovascular controlando la influencia de edad indican que, tanto la atención clínica ordinaria, como la intervención de mejora de calidad son efectivas en la reducción del riesgo.

BLIBLIOGRAFÍA:

Kunstmann, S., & Gáinza, F. (2020). Cardiopatía en el paciente anciano. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 21-27.